

Educación en Diabetes



Residencia Permanente
"Dr. Alejandro A. Raimondi"

Autoras: Lic. en S.S. Irma M. Cepeda
Lic. Antonella Robledo Irigoyen
Técnica en Trabajo Social Adriana Vivas

Necochea, junio de 2.013

INDICE

Marco teórico.....	01
Marco institucional.....	02
Característica de la población de Adultos Mayores.....	03
Fundamentación del Proyecto.....	03
Diabetes. Tipos de Diabetes.....	04
Pre-Diabetes.....	05
Objetivos.....	05
Metodología.....	05
Técnicas empleadas.....	06
Contenidos.....	06
Recursos Materiales.....	07
Recursos Humanos.....	07
Destinatarios.....	07
Desarrollo del Proyecto: la intervención profesional a nivel individual.....	08
La intervención profesional a nivel grupal.....	08
Roles.....	09
Características del grupo.....	09
Reconstrucción de la Práctica Profesional.....	09
Orden y clasificación de la información.....	12
Análisis de las variables.....	12
Variables analizadas.....	13
Relaciones dentro de las variables analizadas.....	14
Análisis interpretativo.....	14
Consideraciones finales.....	14

RESUMEN

Título del trabajo: “Educación en Diabetes”

El envejecimiento es un fenómeno natural que se refiere a los cambios que ocurren a lo largo del ciclo vital, `proceso gradual de cambios a nivel biológico, psicológico y social, que ocurren a través del tiempo. El resultado final del envejecimiento es la sumatoria de la interacción entre el componente genético, el biológico y el ambiente donde se desarrolla una persona. Además, los adelantos médicos, la cultura, el estilo de vida, y otros factores que no guardan relación con la edad, hacen que el proceso de envejecimiento sea de naturaleza individual y heterogénea.

El aumento de la esperanza de vida en nuestra población, actualmente de 74 años en los hombres y de 81 años en las mujeres, conlleva el riesgo de que los Adultos Mayores sean afectados por la epidemia mundial de Diabetes que afecta a su vez, a unos 3 millones de argentinos. En el presente trabajo se desarrolla unproyecto destinado a Adultos Mayores institucionalizados (residentes) desde el enfoque teórico de Resiliencia, que es la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella. Son los factores protectores, tanto personales como sociales, los que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo a que se ven expuestas las personas.

Desde el equipo profesional es fundamental identificar los factores protectores para reforzarlos y favorecer un envejecimiento con calidad de vida, por lo que se está trabajando con intervención profesional a nivel grupal, en el fortalecimiento de la Educación para la salud.

Objetivo general: -Optimizar el bienestar y la calidad de vida de los residentes diabéticos promoviendo un proceso de capacitación en una instancia de educación permanente.

Objetivos específicos: -Generar un espacio de contención y reflexión sobre prácticas de salud.

-Fortalecer conductas de autocuidado de la salud.

-Estimular la pertenencia, las actitudes y propuestas solidarias entre los miembros del grupo.

-Prevenir o minimizar las complicaciones derivadas de la Diabetes.

Educación en Diabetes.

Marco teórico

El equipo profesional responsable del proyecto, trabaja tanto para contribuir a un buen envejecimiento gradual y activo, con calidad de vida, como en la búsqueda de nuevos intereses que le den sentido y significación a la vida de los Adultos Mayores institucionalizados. Es además una oportunidad para favorecer u optimizar el mantenimiento del bienestar físico, social y mental a lo largo de toda la vida, a fin de aumentar la esperanza de vida sana. (II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Madrid 2002).

El envejecimiento es un fenómeno natural que se refieren a los cambios que ocurren a través del ciclo vital, proceso gradual de cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social que ocurren a través del tiempo. El envejecimiento tiene varias dimensiones: el biofisiológico, el psicológico, el cognitivo, el sociológico y el social: cada una de estas dimensiones están profundamente interrelacionadas entre sí en la vida de los envejecientes. El resultado final del envejecimiento es la sumatoria de la interacción entre el componente genético, el biológico y el ambiente en el que se desarrolla un ser humano; además, los adelantos médicos, la cultura, el estilo de vida y otros factores que no guardan relación con la edad, hacen que el proceso de envejecimiento sea de naturaleza individual y heterogénea. Nadie envejece de igual manera, siendo así la vejez una vivencia única y personal, un hecho biológico y una construcción social.

Como seres sociales, todos tenemos necesidades. Son necesidades no sólo el conjunto de condiciones de carencia, sino también las potencialidades humanas y colectivas, lo que hace posible que las personas vivan con proyectos de vida que le dan sentido y significado a las relaciones sociales. El Adulto mayor posee una serie de potencialidades, habilidades y destrezas que pueden ser utilizadas y para mantener una adecuada calidad de vida.

Desde el Enfoque de Resiliencia, se encuentra que hay una actitud en las personas de reaccionar ante los cambios de una manera positiva o negativa. La Resiliencia es la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella. Son los factores protectores, tanto personales como sociales, los que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo a que se ven expuestas todas las personas. Entre estos factores se destacan: redes sociales de apoyo, atención y sostén emocional, buen estado de nutrición y adecuados hábitos alimentarios, buena utilización del tiempo libre y actividad física, acceso a servicios de salud, respeto a sus derechos como ciudadanos y educación para la salud.

Desde el equipo profesional, es fundamental identificar los factores protectores para reforzarlos y favorecer un envejecimiento satisfactorio con calidad de vida. Estos factores no son independientes uno del otro, sino que están relacionados de tal manera que reforzando uno se refuerzan los demás. En el presente proyecto se apunta a fortalecer la Educación para la salud.

Respecto de la intervención profesional, se considera que la intervención a nivel grupal es la metodología pertinente por el efecto que produce en la reconstrucción de la identidad, de las relaciones sociales perdidas y en el cambio de actitudes.

El grupo es un conjunto restringido de personas, que interactúan compartiendo un espacio físico y un tiempo determinado; a través de la internalización recíproca –organizador del grupo como estructura- se proponen –de manera implícita o explícita- realizar una tarea; durante el proceso, se produce el interjuego de roles y la construcción de un nosotros. El organizador del grupo como estructura, le da a ese conjunto de personas, unidad, coherencia interna e interdependencia.

Marco institucional.

La residencia Permanente para Adultos Mayores (A.M.) “Dr. Alejandro A. Raimondi”, dependiente del GCABA, está ubicado en las avenidas 2 y 75 de la ciudad de Necochea, pcia. de Buenos Aires. Su edificio fue inaugurado en el año 1.928 como Colonia Marítima para Niños Débiles y lleva desde entonces el nombre de quien fuera un destacado médico dedicado a combatir la TBC, en las primeras décadas del siglo XX. El Dr. Raimondi tuvo prestigio internacional llegando a recibir la Legión de Honor por parte del gobierno de Francia en 1.932.

La Colonia fue levantada en un predio de 20.000 mts² donado por la familia del Gral. Eustoquio Díaz Vélez, propietaria de gran extensión de tierras en esta zona, obtenidas como recompensa a su actuación en las guerras de la independencia. Su edificio es de estilo monumentalista y ha sido declarado Patrimonio Histórico y Urbanístico de la pcia. de Buenos Aires. El 22 de setiembre de 1.978 la institución fue reinaugurada como Hogar de Ancianos.

Actualmente es denominada Residencia Permanente para Adultos Mayores expresando las políticas gerontológicas que dependen directamente de la Dirección Gral de la Tercera Edad. Los A.M. que en ella residen, reciben asistencia permanente del personal: Cuidadores de Atención Directa, Enfermeros y Médicos (o Servicio de Emergencias médicas) durante las 24 del día.

El objetivo de la residencia es ofrecer asistencia integral y permanente a personas mayores de 60 años, de ambos sexos, carentes o con escasos recursos socio-económicos, con o sin cobertura social, independientes o que presenten leve nivel de dependencia respecto de la realización de las Actividades de la vida diaria. Sus destinatarios son prioritariamente personas de la Capital Federal pero también se reciben A.M de Necochea y de la zona.

Al ingresar a la Residencia, Los A. M. se encuentran con un universo organizado con horarios pautados y satisfechas muchas de las necesidades que eran un buen motivo para movilizarse y vincularse con los demás. Se encuentran en un lugar nuevo, donde deben aprender reglas y normas y tratar de adaptarse lo más activamente posible. A esta situación se le agrega, que en muchos casos, significa alejarse de familiares y/ o amigos.

Simultáneamente, el ingreso a la Residencia es una oportunidad de reforzar los recursos personales y sociales que atenúen los obstáculos para la adaptación; entre estos recursos ofrecidos se destaca la posibilidad de recibir Educación para la salud.

Características de la población de Adultos Mayores. (por edad y educación recibida)

A junio de 2.013 hay 206 residentes, 166 hombres y 40 mujeres. Predomina entre los hombres la franja etárea entre los 60-69 años, con una cantidad de 86 hombres. (53 %)

Entre las mujeres, hay dos grupos casi iguales, la franja entre los 60 a 69 años, con 20 mujeres (46 %), y la franja entre 70 a 79 años, con 17 (39 %)

Con relación a la educación recibida, 61 hombres (36 %) tienen nivel primario completo; 34 de ellos (20 %) tienen nivel secundario completo, mientras que 30 (18 %) tienen secundario incompleto. Del resto hay un 10 % que tiene estudios superiores y un 4% son analfabetos . Las mujeres en su mayoría tienen nivel primario completo: son 12 (30 %); tienen secundario incompleto 10 (25 %). Del resto, hay un 12% con nivel primario incompleto y otro 12 % tienen estudios superiores. Son analfabetas 2 mujeres.

Fundamentación

La longevidad es un logro de las sociedades en la que hay que enfocar políticas destinadas a garantizar longevidad con calidad de vida. Actualmente, en nuestro país, la esperanza de vida en las mujeres es de 81 años y en los hombres de 74 años. Sin embargo, la longevidad conlleva el riesgo del aumento paralelo de enfermedades crónicas, entre ellas la Diabetes (DBT).

Revisando la cantidad de nuevos casos de DBT año tras año, la OMS concluye que hay un aumento alarmante de esa enfermedad a nivel mundial: ya en el año 2.000 había 171 millones de personas enfermas y se calcula que para el año 2.030 esta cifra se elevará a 366 millones (213 %). Este problema afecta a casi tres millones de argentinos, lo que causa un impacto social que genera además del deterioro de la calidad de vida, una gran demanda a la salud pública y a las obras sociales.

Diabetes (DBT)

La DBT es una enfermedad que se caracteriza por los altos niveles de glucosa en la sangre causados por defectos en la producción de insulina, en la acción de la insulina, ó en ambas. Puede provocar graves complicaciones y muerte prematura, pero si se toman las medidas adecuadas se puede controlar la enfermedad y disminuir el riesgo de sufrir complicaciones. Existen estudios que indican que, muchas veces, la DBT no figura como la causa de muerte en los certificados de defunción, especialmente en los casos de personas mayores con múltiples afecciones crónicas como las enfermedades cardíacas y la hipertensión: por ese motivo, se cree que el índice de muertes causadas por la DBT es mucho mayor que el informado oficialmente.

Tipos de DBT

Diabetes mellitus tipo 1 o insulino dependiente: se desarrolla cuando el sistema inmunológico del cuerpo destruye las células beta del páncreas, estas células producen la insulina, hormona que regula la concentración de glucosa en la sangre. Cuando se destruye cierta cantidad de células beta, aparecen los síntomas de la DBT. Para sobrevivir, las personas con DBT t1 deben administrarse insulina, mediante inyectables o con una bomba de insulina.

Diabetes mellitus tipo 2 o no-insulino dependiente: este tipo de DBT, generalmente, comienza con resistencia a la insulina. Las células beta siguen produciendo insulina; sin embargo, las células no responden de manera adecuada a la insulina o bien la que se produce naturalmente no es suficiente para satisfacer las necesidades del cuerpo. De modo que la insulina sigue presente en una persona con DBT t2 pero no funciona tan bien como debiera. A medida que aumenta la necesidad de insulina, el páncreas pierde gradualmente su capacidad de producir insulina. Algunas personas con DBT t2 pueden mantener la DBT controlada mediante la pérdida de peso, cambio de dieta y el aumento de la actividad física.

Otras toman uno ó más medicamentos.-

Pre-diabetes

Es una enfermedad que aumenta el riesgo de padecer DBT t2, enfermedades cardíacas y derrame cerebral. Las personas con pre diabetes tienen niveles de glucosa en la sangre más altos de lo normal, pero no lo suficientemente altos como para clasificarlos como DBT.-

Residentes diabéticos en Residencia Permanente “Dr. A. Raimondi”:

<u>Cantidad de hombres con DBT t1:</u>	7
<u>Cantidad de hombres con DBT t2:</u>	9
<u>Cantidad de mujeres con DBT t1 :</u>	0
<u>Cantidad de mujeres con DBT t2:</u>	4

Objetivos

Objetivo general:

- Optimizar el bienestar y la calidad de vida del residente diabético promoviendo un proceso de capacitación en el marco de una instancia de educación permanente.

Objetivos particulares :

- Generar un espacio de contención y reflexión sobre prácticas de la salud.
- Fortalecer conductas de autocuidado de la salud.
- Estimular la pertenencia, las actitudes y las propuestas solidarias entre los miembros del grupo.
- Prevenir o minimizar las complicaciones derivadas de la Diabetes.

Metodología

Este proyecto tiene dos fases, **A** y **B**. La fase **A** se desarrolló con el grupo de residentes diabéticos a **nivel individual**, a partir de la historia clínica personal y la aplicación de una anamnesis con el fin de evaluar aspectos de los factores protectores: qué información tenían respecto de la Diabetes, qué prácticas de salud llevaban a cabo, cuáles

eran los factores de riesgo derivados de sus conductas y cuáles eran las barreras y/o los facilitadores para el cuidado de su salud.

Analizada la información, se comenzó la fase **B**, con la intervención profesional a **nivel grupal** mediante una reunión semanal con los destinatarios (1h 15 m) y otra entre las coordinadoras para ordenar y analizar la información recogida y programar la siguiente reunión.

La evaluación del proceso grupal es permanente.

Técnicas empleadas:

- entrevistas individuales. (Fase A)
- entrevistas grupales. (Fase B)
- observación. (Fases A y B)

Contenidos del proyecto:

- Reconocimiento de la Diabetes
- Tipos de DBT
- Signos y Síntomas.
- Factores de riesgo
- Peso
- Tratamiento
- Complicaciones
- Pie diabético
- Autocuidado
- Nutrición adecuada
- Actividad física grupal.
- Elección de la calidad de vida
- Intercambio de material bibliográfico.

Actividades: En la fase A los responsables del proyecto lo presentaron en las siguientes áreas de la institución: Dirección, Depto. Médico, Depto. de Enfermería, Depto. de Servicio Social y Área de Nutrición. Se solicitaron los listados de residentes diabéticos al Depto. de Enfermería y a Farmacia, y luego se le comunicó cada residente diabético de manera individual, por escrito.

Recursos Materiales:

- Balanza tipo CAM
- Tallímetro en centímetros estándar
- Centímetro de metal
- Tensiómetro
- Medidor de glucemia
- Tablas para la clasificación de IMC
- Historia Social.
- Historia Clínica
- Artículos de librería (hojas, lapiceras, fotocopias, impresiones)
- Computadora e impresora
- Videos interactivos

Recursos Humanos:

Responsables: 1 Lic.en Servicio Social, Especialista en Prácticas Gerontológicas

1 Lic. En Nutrición.

1 Técnica en Trabajo Social.

Colaborador : 1 Médico.

Recursos Financieros: propios de la Institución.

Comienzo del proyecto: primer jueves de agosto de 2.012 a las de 17 hs.

Espacio físico: oficina de Depto de Servicio Social y jardines de la institución.

Destinatarios: Residentes diabéticos.

Total	20
T 1	07
T 2	13

Desarrollo del Proyecto: La intervención profesional a nivel individual.

La Fase A estuvo a cargo de la Lic. en Nutrición quien tomó Peso, Talla y Contorno de Cintura (CC) a 22.residentes diabéticos (a junio 2.013, 2 fallecidos) La fase se desarrolló entre el 23-08-12 y el 27-09-12. A partir de esa fecha, los controles comenzaron a realizarse cada 3 meses. Se observaron actitudes y conductas y se registraron verbalizaciones en situación.

La intervención profesional a nivel grupal

Como se expresara en el Marco Teórico, se considera que la intervención profesional a nivel grupal es la metodología pertinente por los efectos positivos que produce en sus destinatarios. Dar cuenta de la intervención profesional, en términos de análisis, a decir de C. Castoriade, “es trabajo por el cual los hombres piensan lo que hacen y saben lo que piensan”, es decir, que es una reflexión y problematización constante sobre la visión teórico-ideológica que se sostiene y cómo esa visión se materializa en esa acción con sentido.

Otro aspecto de la intervención profesional es el carácter artificial de la misma. La intervención, como dice A. Carballada, es una construcción espacio-tiempo de un momento que se constituye desde la perspectiva de los diferentes actores: los que solicitan la intervención y desde el propio profesional.

De este modo, se pueden señalar algunos de los aspectos de la intervención profesional:

- Hacer fundado, argumentado; toda intervención está enmarcada en una teoría, es decir, un modo particular de ver e interpretar la realidad.
- Tiene una intencionalidad: generar alguna modificación respecto de la situación que le es presentada a nivel micro-social.
- Presenta un carácter personalizado: en la intervención se da una relación cara a cara con las personas directamente involucradas.

Somos seres sociales que configuramos nuestra identidad a través de la relación con los otros. El Trabajo Social con Grupos, pone en juego dinámicas grupales que promueven la mejora, el restablecimiento y la potenciación de habilidades sociales: se estimulan la reciprocidad, la solidaridad, la confianza, la capacidad de las personas para interaccionar con los demás, es decir, se potencian relaciones sociales saludables y emocionalmente favorables. El grupo opera como un ámbito de esclarecimiento de la realidad personal y grupal, de modo que permite comprender mejor lo que ocurre y desarrollar una lectura

adecuada de la realidad: el proceso grupal no es un proceso lineal sino dialéctico, donde las personas se modifican y operan en una realidad que van modificando; por eso el grupo no es sólo ámbito de esclarecimiento, sino es además, instrumento del aprendizaje porque en la interacción se desarrolla simultáneamente el proceso de aprender.

Roles de las co-coordinadoras.

El rol fundamental de las co-coordinadoras es el de facilitar la comunicación y el aprendizaje, así como abrir el espacio para que la información circule. Una Lic. En Servicio Social es la responsable de hacer una lectura de los emergentes grupales: cómo son las relaciones, qué es lo que se dice y lo que no se dice, lo que obstaculiza, los señalamientos al grupo de lo que va sucediendo. La co-coordinación está a cargo de la Lic. en Nutrición que aporta la especificidad de su profesión para promover el cambio de actitudes desde la educación en una alimentación saludable.

Rol de la observadora.

Su rol principal es el de registrar datos acerca del desarrollo del proceso grupal. Está a cargo de una Técnica en Trabajo Social que además se ocupa de describir lo que se ve y lo que no se ve en el grupo para pensar junto con las coordinadoras lo que está sucediendo y darle significado.

Características del grupo

El grupo está conformado por 9 residentes con edades comprendidas entre los 63 y los 85 años. Los estudios cursados van desde el nivel Primario Incompleto (4) hasta Secundario Completo (2). La mayoría está separado o divorciado de su pareja (7). Se han desarrollado laboralmente en actividades diversas: gastronomía (3), mecánica (2), pesca de altura (1) y otros. La mayoría provienen de la C.A.B.A. (8) y 1 es de Necochea.

Todos tienen familiares: 5 de ellos sostienen el vínculo y 2 están desvinculados.

Reconstrucción de la Práctica Profesional.(Síntesis)

En noviembre de 2.012 se comienzan a realizar las reuniones semanales, todos los jueves de 17 a 18.15 hs., con 7 residentes. El emergente principal de los primeros

encuentros es el de estar sufriendo las consecuencias de un estilo de vida no saludable que los llevó a un stress metabólico por lo que se fue promoviendo la reflexión sobre el concepto de las cuatro piezas fundamentales en el tratamiento de la Diabetes: Educación, Actividad física, Alimentación y Medicación.

Es tiempo de brindar información, de aclarar supuestos y de estimular las opiniones para impulsar la circulación de la comunicación. Van emergiendo los liderazgos y se transita la etapa de Integración. Para favorecerla, se programan dos salidas semanales para compartir la experiencia de caminar juntos y facilitar la mutua representación interna. Las coordinadoras organizan una charla informativa a cargo de un médico de la institución, el Dr. Esteban: "Cultivando la salud", a la que asisten todos los integrantes del grupo. Estos también aportan a las reuniones semanales, material de diarios y revistas sobre el tema, que se lee y se debate en ese ámbito. Pronto surgen las conductas solidarias entre los miembros que acuerdan entre ellos acompañarse al médico, a la podóloga o a la dermatóloga. Proponen difundir en la institución, mediante carteleras, información sobre sintomatología y sobre la necesidad de controlar la Diabetes y sus complicaciones. Uno de los miembros se ofrece para lijar y pintar un soporte a tal fin. Se instala además otra cartelera con fotos de las reuniones realizadas en el parque de la institución y de las caminatas. Se identifica a los integrantes del grupo mediante tarjetas con su nombre, instrucciones para una eventual hipoglucemia y la medicación usada. Se establece el No fumar como primera norma grupal. El clima de las sucesivas reuniones es distendido y cordial, no se han formado subgrupos, corrigiéndose en el momento las fallas en la comunicación, causadas primordialmente por desconcentración, fallas en la memoria inmediata y deterioro leve de la comprensión de algunos de los miembros. Poco después comienza la etapa de conflicto, hay tensión entre dos integrantes y se presenta como un conflicto de personalidades, que se resuelve cuando uno de ellos se aleja del grupo. Llegado el fin de año, las coordinadoras entregan obsequios con el objetivo de estimular la pertenencia. Uno de los miembros propone el nombre de "Esperanza" para identificarse, lo que se acepta de manera unánime. Es el surgimiento de un "nosotros". Se avanza hacia la etapa de organización, se va progresando hacia los objetivos. Se van profundizando conceptos como la relación entre la Diabetes con las emociones negativas y trabajando con otros nuevos, como el autocuidado. Se intensifican las experiencias al aire libre, ya que es verano, y eventos gratificantes como es el compartir helados para diabéticos, para la mayoría una experiencia nueva. Se organiza una mateada en un camping a la orilla del mar, donde demuestran actitudes solidarias, ayudándose a subir y a bajar del vehículo de la institución, apoyándose mutuamente en las caminatas, compartiendo el mate, anécdotas, guitarreada.

Se refuerza la pertenencia con el diseño de un banner que los identifique. Es un grupo conformado. Participan regularmente 9 residentes; varios participan en la planificación de las reuniones mediante el material escrito que aportan.

Las coordinadoras escriben una nota para la revista de la institución “El Raimondi habla” y la Lic. en nutrición comparte con la comunidad la actividad del grupo en el programa radial “La Tercera” que la institución emite por una FM local.

En otro orden, se orienta a atención psicológica a aquellos integrantes en los que emergen emociones negativas del pasado que aún los perturban: violencia sufrida en la niñez, desacuerdos o alejamientos familiares, etc. Se siguen reforzando conceptos teniendo como eje la posibilidad de la elección de la calidad de vida. Se promueve la reflexión sobre dos fallecimientos de dos residentes diabéticos ajenos al grupo, que negaban la enfermedad. Se les va señalando los cambios positivos que se van logrando: desde “no le daba bolilla”, “no iba al doctor”, “comía cualquier cosa”, “no sabía que tenía diabetes” hasta lograr: “si se toma conciencia y se cuida, se puede estar bien”, “adelgacé y se me están curando las úlceras de las piernas”...”aprendí muchas cosas que ignoraba”...El grupo demanda que se realice otra charla informativa sobre Diabetes a cargo del Dr. Esteban y se debate posteriormente sobre las consecuencias de la enfermedad no tratada. Llega el otoño y se estimula la aplicación de la vacuna antigripal para prevenir complicaciones y algunos acuerdan acompañarse para este fin. Se dialoga también sobre la ignorancia generalizada que hay sobre la Diabetes y algunos proponen se hagan charlas informativas en colegios. Se informa sobre algunas organizaciones que nuclean a enfermos diabéticos y la posibilidad de que el grupo se comuniquen con ellos on-line ni bien se reinstale la Sala de inclusión digital. En las sucesivas reuniones se siguen profundizando conocimientos que impulsan cambios positivos de conductas. Uno de los integrantes del grupo egresará de la institución para radicarse en su ciudad natal; solicita información por escrito para ayudar a varios amigos diabéticos en su tratamiento, lo que denota la toma de conciencia sobre la importancia de educarse para llevar una vida sana, ya que ningún diabético es discapacitado per se. En el mes de junio se está trabajando en la organización de otra charla de prevención, “Alimentación y Diabetes”, abierta a la comunidad, donde se comprometen en la medida de sus posibilidades para ayudar en la difusión por medio de la folletería. Es objetivo del grupo ponerse en contacto, mediante estas charlas, con otros diabéticos nucleados para compartir información y experiencias comunes. Además se difunde la convocatoria por los medios de comunicación, a cargo del área de Prensa de la institución. Se organiza una nueva salida socio-recreativa al Parque Miguel Lillo donde se comparten experiencias de vida, asado y guitarreada. Todos colaboraron, se repartieron tareas y de ocuparon de sus pares fragilizados.

En relación a la participación simultánea de los integrantes del grupo en otras actividades grupales programadas, expresan que las valoran positivamente, concurriendo al Taller de Canto y a la Peña del Pasillo. Uno de ellos participa en un comedor comunitario en apoyo escolar. Surge otra propuesta con el fin de modificar el contexto institucional, por lo que se solicita por nota al buffet que incorpore alimentos saludables acordes con la patología. El grupo está transitando la etapa de organización, puede utilizar sus capacidades y el potencial de sus miembros para conseguir sus objetivos.

Orden y clasificación de la información:

Análisis de las variables: 1er momento (ejemplo)

En la siguiente matriz, las actitudes y propuestas solidarias, son las variables de análisis que se toman a modo de ejemplo, enunciadas en uno de los objetivos particulares.

Se define a la actitud como un resumen valorativo acerca de la realidad, que se expresa en la conducta de una persona. Propuesta es la proposición o invitación a otro con la intención de llevar a cabo una actividad con un objetivo común. La actitud y las propuestas son altruistas cuando se establecen con el otro relaciones no competitivas, de colaboración, compromiso y apoyo mutuo.

Las opiniones del grupo se han clasificado en Reiteraciones (opiniones que se repiten), Resonancias (opiniones significativas no reiteradas) y Estrategias (alternativas de acción), pasando a ser los indicadores que aportan a la caracterización de la variable:

Reiteraciones: -“hemos aprendido mucho”, -“tenemos más energía”

-“con todos, uno aprende más”, “podemos hacer ejercicios”

- “acá me siento bien”, “tenemos más esperanza”

- “uno no está tan solo”, “es bien para todos los diabéticos”

- “se puede hablar, se puede escuchar”, “me gusta Esperanza”

- “es como una luz de esperanza”

Resonancias: - “no es un juego que se pueda perder”, -“ahora conocemos las

investigaciones”, -“cuando ande mejor de las piernas voy a caminar

con Uds”, - “lo cuento para que no le pase a otro”, “hay que

cuidarse,

no se cuidó y tuvo un ACV”,

Estrategias: - “traje material para usar en el grupo”, -“podemos hacer una

mateada en el camping”, -“se puede poner información en una

cartelera, yo la pego”, -“también sirven gotas de vinagre en el agua”

- “yo puedo pintar y lijar el pizarrón”,

- “ podemos mandar a hacer un banner con el logo que nos identifica”,
“yo reparto los afiches en la bicicleta”

2º Momento

En esta matriz se han procesado los indicadores identificados en el 1er momento, agrupándose los que por unidad de sentido aportan a la descripción de las variables, previamente definidas:

<u>Reiteraciones/Resonancias/Estrategias</u>	<u>Componentes de la variable</u>
<ul style="list-style-type: none"> -“hemos aprendido mucho” -“uno no está tan solo” -“es bien para todos los diabéticos” -“podemos hacer ejercicios” -“hay que cuidarse” -“cuando ande mejor...voy con uds” 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Relaciones de compromiso</u>
<ul style="list-style-type: none"> -“con todos” -se puede hablar, se puede escuchar” -“lo cuento para que no le pase a otro” -“traje material para usar en el grupo” -“podemos hacer una mateada” -“yo pego la información” -“puedo pintar y lijar” -“yo reparto los afiches” 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Relaciones de colaboración</u>
<u>Variables analizadas</u>	

Las variables analizadas han sido definidas operacionalmente, con lo que se pretende identificar y traducir los datos empíricos que expresen aquel aspecto de la realidad que se desea analizar. Las definiciones permiten actuar operativamente en la captación de una realidad, asignando significados a un concepto. Se pueden establecer relaciones dentro de la misma variable y posteriormente las relaciones entre variables.

Relaciones dentro de la variables analizadas

De la información recogida de las Reiteraciones y Resonancias surgen como componentes principales las relaciones de compromiso y las relaciones de colaboración. De las Estrategias surge como dato significativo la variedad de propuestas concretas y operativas para alcanzar los objetivos grupales.

Análisis interpretativo

Se han construido datos que dan cuenta de un proceso grupal participativo que, luego de la etapa de conflicto que se resolvió rápidamente, alcanzó la etapa de organización. Sus miembros usan el plural para expresarse: “podemos, tenemos, hemos”, de lo que se deduce que “el otro”, su par, está internalizado y se pueden establecer recíprocamente relaciones altruistas. Las propuestas que surgen expresan también compromiso y colaboración con el otro evidenciados en la predisposición en compartir información no sólo dentro del grupo sino además con la comunidad. Las actitudes y conductas negativas generadas por la desinformación, pueden revertirse por el estímulo positivo recibido desde la dinámica grupal, por la colaboración y el compromiso establecidos entre sus miembros, y porque el grupo es además instrumento de aprendizaje donde se desarrolla el proceso de aprender.

Consideraciones finales

A siete meses del desarrollo del proyecto se puede considerar que:

- Envejecer en una institución gerontológica exige a los Adultos Mayores una gran flexibilidad para reaccionar positivamente a la reconstrucción del contexto social.

- Las formas en las cuales han transcurrido la existencia y la institucionalización condicionan el envejecimiento pero no lo determinan. Los estímulos que los Adultos Mayores reciben -como es su participación en un proyecto educativo- facilitan su participación en actividades acordes con sus necesidades.

- La interacción entre los recursos personales y los recursos institucionales, ha favorecido el surgimiento de los aspectos resilientes en los integrantes del grupo.

- La participación de los Adultos Mayores en una actividad de educación permanente programada por la institución es, a través de la intervención profesional, un factor protector más que se debe reforzar.

- El empleo de la metodología que privilegia el ámbito grupal, favorece las singularidades y el respeto por la identidad, cuando la práctica profesional se desarrolla en una institución de grandes dimensiones y se trabaja día a día contra lo impersonal, lo generalizado, el aislamiento.

- El desarrollo del proyecto educativo, en tanto actividad propuesta dentro de un marco institucional, es instrumento de regulación y equilibrio de la personalidad, de seguridad emocional y de pertenencia.

- Los Adultos Mayores destinatarios del proyecto, se capacitan semana tras semana, no sólo incorporando nueva información, sino que modifican actitudes y conductas estableciendo relaciones de colaboración y compromiso con el otro.

- Aunque el proceso de aprendizaje sea más lento, es posible el desarrollo de proyectos educativos con los Adultos Mayores, donde éstos pueden vivenciar los logros de una mejor calidad de vida.

- El 60% de los residentes diabéticos no participa en la instancia grupal: coincide con la expresa negativa a aceptar la enfermedad, habiendo concurrido a reuniones de manera esporádica o no han participado nunca. Además, algunos presentan capacidades intelectuales muy disminuidas y/o déficit sensorial que dificultan su participación en la dinámica grupal.

- Este trabajo profesional, generado desde una actuación interdisciplinaria, está contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de los Adultos Mayores.

- Todos los enunciados pueden tomarse en términos de hipótesis y generar nuevas investigaciones que dinamicen el continuo movimiento del conocimiento científico.

BIBLIOGRAFIA:

- Boldrini, C. y Cepeda, I. Aportes para un buen envejecimiento. R. P. Raimondi. 2.004.
- Carballada A. La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires. Paidós, 2.002.
- Cortizo, M. Curso-Taller de Transferencia metodológica en Sistematización de la Práctica Profesional. Necochea, 2.002.
- Club Salud-Diabetes en positivo. Revista. Año 6. N° 27. Octubre 2.012.
- Club Salud-Diabetes en positivo. Revista. Año 7. N° 29. Abril 2.013.
- García D. y otros. El trabajo con grupos. Buenos Aires, Espacio Editorial, 2.008.
- Giannaula, R. Cristian. Suplemento de la Fundación Favaloro-Universidad Favaloro. El primer año con Diabetes. Ediciones RVIA, 2010.
- Kisnerman, N. Servicio Social de Grupo. Buenos Aires, Editorial Humanitas, sexta edición. 1.980.
- Martínez Lopez, J.A. Teoría del T.S. con grupos. Comunitaria. Revista Internacional de T.S. Ciencias Sociales, 2.013. Pag. 1-8.
- Arteaga F. y Juarez K. Proyecto sobre Diabetes. R.P. Raimondi, 2.006.
- www.seapremur.com/La_salud_por_integridad/autocuidado.htm
- www.slideshare.net/feucholin_14/autocuidado-de-la-salud-presentation.
- www.cdc.gov/diabetes/spanish/faqs.htm
- www.cdc.gov/diabetes/spanish/borderesp.htm
- www.fad.org.ar/fad/index.php/nutrición
- www.definiciónabc.com

